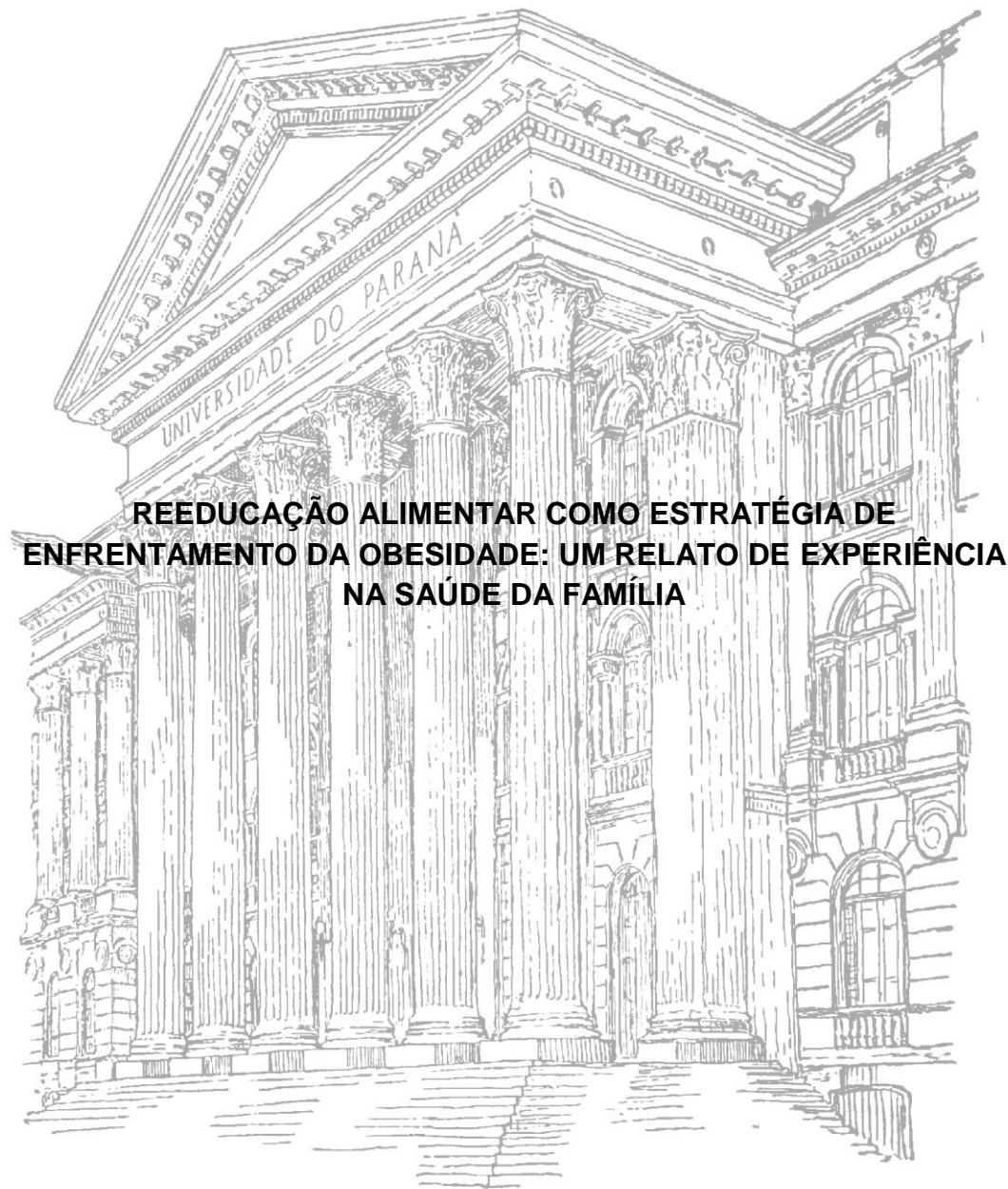


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DANIELA FERRON CARNEIRO



**REEDUCAÇÃO ALIMENTAR COMO ESTRATÉGIA DE
ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CURITIBA
2013**



Curitiba, 22 de julho de 2013.

Of. nº 06/2013 - PRMSF/UFPR

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos encaminhando a Vossa Senhoria o artigo científico de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de autoria da residente **Daniela Ferron Carneiro** com o tema: **REEDUCAÇÃO ALIMENTAR COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA SAÚDE DA FAMÍLIA**, aprovado por professores avaliadores e apto para depósito legal.

Sem mais para o momento, despedimo-nos, colocando-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,



Profº Msc Edevar Daniel
Coordenador do Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família

Ao
Departamento de Biblioteca e Documentação - DBD
UFPR

Reeducação alimentar como estratégia de enfrentamento da obesidade: um relato de experiência na saúde da família

CARNEIRO, D.F.¹; SCHMIDT, S.T.²

¹ Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, UFPR.

² Docente do Departamento de Nutrição, UFPR.

RESUMO – A obesidade é considerada um problema de saúde pública, atingindo pessoas de todas as idades, etnias e classes sociais. Atualmente o excesso de peso é encontrado em cerca de metade dos brasileiros, aumentando a cada ano. Diante dessa demanda, foi realizado um trabalho de reeducação alimentar durante sete meses com um grupo de 17 mulheres com sobrepeso e obesidade usuárias de uma Unidade de Saúde da Família de Colombo/PR, com o objetivo de discutir sobre hábitos alimentares e de vida saudável, com vistas ao emagrecimento, e avaliar a efetividade da orientação nutricional em grupo. Para auxiliar na modificação dos hábitos alimentares optou-se por trabalhar em duas frentes: uma a discussão de temas relacionados à alimentação, estilo de vida e aspectos psicossociais do excesso de peso; e outra trabalhar planos alimentares individualizados, de acordo com a necessidade e hábitos de vida. Gradualmente o grupo foi se consolidando como espaço de apoio mútuo, onde as participantes superavam as dificuldades na adoção de hábitos alimentares mais saudáveis compartilhando soluções e incentivando as demais. Houve redução de peso corporal em 70% das participantes, com mudança estatisticamente significativa na média de IMC antes e depois do estudo. Todas as participantes avaliaram como positivo os resultados do grupo de reeducação alimentar, e 90% consideraram que houve mudanças importantes na sua alimentação. Considera-se que o caráter problematizador do grupo permitiu que este fosse utilizado como uma estratégia de enfrentamento da obesidade, contribuindo desta forma para uma melhora na qualidade de vida das participantes.

Palavras-chave: Saúde da família. Reeducação alimentar. Obesidade. Atenção primária em saúde. Educação em saúde.

Introdução

O crescimento vertiginoso nos índices de excesso de peso é um tema complexo a ser discutido pela sociedade. O aumento do número de pessoas com sobrepeso e obesidade vem assumindo um caráter de epidemia mundial e se configura num grave problema de saúde pública, presente tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, e atingindo pessoas de todas as idades, etnias e classes sociais^{1,2,3}.

O excesso de peso possui causas multifatoriais, incluindo fatores genéticos, ambientais, metabólicos e comportamentais². Dentre os fatores ambientais, a urbanização e

a industrialização contribuíram muito para o aumento da obesidade, pois estão associadas com uma maior disponibilidade de alimentos altamente energéticos e de baixo valor nutricional, assim como atividades cotidianas mais sedentárias^{4,5}.

Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares⁶ (POF) de 2008-2009 o excesso de peso é encontrado em cerca de metade dos brasileiros adultos, enquanto a prevalência de obesidade é de 12,5% para os homens e 16,5% para mulheres. Comparando estes resultados com os da POF 2002-2003, a frequência de pessoas com excesso de peso aumentou em mais de um ponto percentual ao ano. A pesquisa sugere que, seguindo esta tendência, em cerca de dez anos o excesso de peso poderia alcançar dois terços da população adulta do Brasil, mesma magnitude encontrada na população dos Estados Unidos.

Diante do crescimento mundial nos índices de excesso de peso, a OMS e a Organização Panamericana de Saúde aprovaram em 2004, a proposta de Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde⁷. Esta estratégia conta com o apoio do governo brasileiro, e visa chamar a atenção para o crescimento alarmante da obesidade e sobre o impacto desse aumento na incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), na expectativa de vida da população e nos custos dos serviços de saúde⁶.

O documento deixa claro que as causas do crescimento mundial da obesidade são complexas, e necessitam de ações sérias de enfrentamento por parte do governo, setor produtivo, mídia e sociedade civil, a fim de favorecer escolhas saudáveis em níveis individuais e coletivos⁸. Além de informar e educar os indivíduos, tais ações precisam necessariamente criar um ambiente que estimule, apoie e proteja padrões saudáveis de alimentação e de atividade física. Exemplos de ações elencados pela estratégia seriam medidas fiscais que facilitem o acesso aos alimentos saudáveis, regulação da publicidade de alimentos não saudáveis e intervenções no planejamento urbano que facilitem a prática cotidiana de atividade física¹³.

Segundo Carvalho e Martins⁹, no contexto atual, a obesidade possui duas definições principais: uma como um estado de inadequação aos padrões de normalidade existentes em nossa cultura, que preza um corpo magro ou forte como saudável; e outro como uma doença, pois pode representar um fator de limitação para o indivíduo, quando restringir seus movimentos e suas possibilidades de vida no ambiente.

Embora do ponto de vista da medicina a obesidade seja uma doença, ainda existe uma distorção muito grande na forma como as pessoas obesas são percebidas pela

sociedade. O indivíduo obeso geralmente tem sua gordura culpabilizada pela mídia, e consequentemente, pela opinião pública, e é associado à conceitos negativos, como descaso, preguiça e gulodice^{3, 10}.

O estereótipo de beleza atual reflete a busca por um corpo magro, considerado esteticamente belo e saudável, e reforça a obesidade como um problema estético e de saúde, que precisa ser resolvido pelo indivíduo. Neste contexto, a obesidade é tratada de forma reducionista pela mídia e sociedade, despida de seu contexto social, econômico, biológico e ambiental, responsabilizando apenas o indivíduo pela sua própria obesidade. Essa visão provoca uma estigmatização do obeso e sua exclusão social, causando sofrimento, depressão e comportamentos de esquivia social nesses indivíduos^{3, 11}.

No tratamento da obesidade a orientação dietética e a mudança de hábitos alimentares são extremamente importantes, principalmente quando associadas com aumento na atividade física e mudanças no estilo de vida, porém conforme a gravidade do excesso de peso e as morbidades associadas também se dispõe de fármacos e tratamento cirúrgico no enfrentamento da doença^{12, 13}. É importante que os nutricionistas e demais profissionais de saúde procurem conhecer a realidade de vida e os hábitos do paciente, a fim de desenvolver em conjunto com ele o planejamento terapêutico e alimentar mais adequado aos seus desejos e suas possibilidades.

Em suas reflexões acerca da obesidade, Carvalho e Martins colocam que:

No caso da terapêutica, tratar-se-á de elaborar um esquema alimentar que respeite as singularidades do indivíduo e que seja elaborado de forma conjunta, com sua participação. Uma dieta imposta cerceia a liberdade das pessoas, escravizando-as. Uma vez passivas, é compreensível que, ainda que inconscientemente, rejeitem a dieta que lhes fora imposta. Ademais, a própria passividade já implica uma diminuição de sua potência de agir, constituindo-se, portanto, em uma forma de adoecimento. (CARVALHO; MARTINS, 2004, p. 1011).

Para os profissionais da saúde, a obesidade enquanto doença é compreendida como fator de implicações concretas sobre a saúde e um problema a ser enfrentado por quem o vive. Muitas vezes o insucesso em emagrecer é percebido por estes profissionais como uma falta de motivação do indivíduo com excesso de peso ou falta de vontade em seguir as orientações prescritas^{14, 15}. Observa-se que esta visão dos profissionais de saúde sobre a obesidade se aproxima com o discurso veiculado pela mídia, a medida que associa o excesso de peso com a preguiça e incapacidade de se controlar.

A partir do momento em que os profissionais de saúde não problematizam o excesso de peso para além da individualização da culpa, estão contribuindo com a

formação de uma opinião distorcida sobre a obesidade e também com a manutenção das estruturas de dominação que favorecem o crescimento de sua prevalência¹¹. É preciso que estes profissionais procurem adotar uma visão mais complexa e crítica dessa situação, ampliando os conceitos sobre saúde e doença nas atividades clínicas. Para tanto, é necessário mudar as práticas profissionais relacionadas com uma visão simplista sobre o excesso de peso, a fim de atuar com maior conhecimento e respeito ao paciente obeso^{14, 16}.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) tem como objetivo a formação de profissionais de saúde qualificados para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), através da educação em serviço na Estratégia de Saúde da Família. No PRMSF o nutricionista residente fica alocado em uma Unidade de Saúde da Família (USF), o que favorece o vínculo do profissional com a comunidade e com os profissionais da equipe de saúde.

Durante o programa de residência em Nutrição em uma USF de Colombo/PR, região metropolitana de Curitiba, foi constatada a grande demanda de usuários que procuram atendimento nutricional com o objetivo de reduzir o peso. Nesse sentido, foi realizado um trabalho de reeducação alimentar com um grupo de mulheres com sobrepeso e obesidade, com o objetivo de criar um espaço de discussão sobre alimentação e saúde sob uma ótica problematizadora, sem imposições de condutas a serem adotadas; orientar sobre hábitos alimentares e de vida saudável, com vistas ao emagrecimento e avaliar a efetividade da orientação nutricional em grupo no tratamento do excesso de peso.

Metodologia

O presente estudo relata a experiência de desenvolvimento de um grupo de reeducação alimentar visando o emagrecimento, formado por 17 mulheres adultas com sobrepeso ou obesidade, em uma Unidade de Saúde da Família do município de Colombo/PR. O grupo foi composto exclusivamente por mulheres, dado o interesse destas em participar deste espaço, que não teve a mesma manifestação dos homens.

Como critério de inclusão no grupo, foi avaliado o estado nutricional das candidatas, as quais deveriam apresentar excesso de peso (sobrepeso ou obesidade). Nesta classificação foram adotados os pontos de corte estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde¹, que classifica sobrepeso com IMC entre 25,0kg/m² até 29,9kg/m² e a obesidade em três níveis: grau I para IMC entre 30,0 kg/m² e 34,9 kg/m², grau II para IMC entre 35,0 kg/m² e 39,9 kg/m² e grau III, ou obesidade mórbida, cujo IMC é igual ou superior a 40,0 kg/m².

A atividade foi idealizada e conduzida pela residente de Nutrição em Saúde da Família, e teve a colaboração dos agentes comunitários e de toda a equipe de saúde na discussão, planejamento e na divulgação do grupo. As atividades tiveram início em outubro de 2011, tendo ocorridos 13 encontros durante um período de 7 meses. A metodologia consistiu de reuniões quinzenais, com duração média de 1h30.

A reeducação alimentar consistiu em orientações sobre o planejamento de uma dieta hipocalórica balanceada, conforme o proposto pelo Ministério da Saúde¹⁶. As orientações dietéticas sobre porcionamento e plano alimentar foram realizadas com base no Guia Alimentar para a População Brasileira¹⁷, por se tratar de uma publicação de fácil acesso para os profissionais da atenção primária em saúde e de fácil compreensão aos usuários.

Tanto a proposta de reeducação alimentar, como a metodologia desenvolvida no decorrer dos encontros foi discutida com o grupo. As participantes preencheram uma ficha de inscrição, com dados de identificação, histórico de peso, morbidades, condições e hábitos de vida. Na sequência foi realizada uma avaliação nutricional, coletando medidas de peso e altura e aplicado um questionário de frequência de consumo alimentar (QFA) semi-quantitativo, elaborado exclusivamente para ser aplicado no grupo com o objetivo de fornecer subsídios para o planejamento dos planos alimentares. Também foi aplicado o QFA marcadores de consumo alimentar para maiores de 5 anos, proposto pelo SISVAN¹⁸, a fim de conhecer melhor os hábitos alimentares das participantes e fornecer um instrumento de comparação do consumo alimentar antes e depois da atividade.

A proposta de realização do grupo foi criar um espaço de discussão para as participantes, onde todas tivessem direito à voz e questionamento, e onde não fossem feitas imposições sobre a conduta que deveriam seguir. Tendo em vista que as informações sobre as causas e efeitos do excesso de peso muitas vezes são veiculadas pelos meios de informação de forma contraditória, um dos objetivos era desconstruir idéias pré-estabelecidas sobre a obesidade, muitas vezes carregadas de preconceitos e associações negativas, e trabalhar em conjunto novas percepções acerca do excesso de peso e de uma vida saudável.

Para auxiliar na modificação dos hábitos alimentares optou-se por trabalhar em duas frentes: uma com a discussão gradual de temas relacionados à alimentação, estilo de vida e aspectos psicossociais do excesso de peso; e outra com planos alimentares individualizados, de acordo com a necessidade e hábitos de cada participante.

A partir dos dados de condições e hábitos de vida e de consumo alimentar, foi elaborado um plano alimentar para cada participante, respeitando a rotina e a realidade de cada uma, os quais foram entregues no terceiro encontro, juntamente com o exemplo de cardápio de um dia e uma lista de porções e substituições. Uma das participantes recebeu um exemplo de cardápio visual, contendo figuras de alimentos, pois não era alfabetizada.

Para adaptar os planos alimentares às necessidades e possibilidades de cada participante, foi realizado um exercício coletivo de substituir as refeições do exemplo de cardápio por outros alimentos da lista, possíveis de serem incluídos na rotina alimentar, com vistas ao emagrecimento.

Os temas abordados nos encontros foram selecionados pelo grupo por sua contribuição na busca por um estilo de vida mais saudável, sendo os principais: reeducação alimentar e alimentação saudável, atividade física como ferramenta para emagrecer e manter o peso; receitas práticas saudáveis, técnicas de preparo de alimentos; o papel da alimentação na prevenção de doenças; aspectos psicossociais do excesso de peso; significados da comensalidade; produção de alimentos e segurança alimentar e nutricional e cuidados na manutenção do peso. Em todos os encontros foi efetuada aferição do peso das participantes, a fim de avaliar o emagrecimento e incentivar a continuidade e a participação no grupo por meio dos resultados obtidos.

No último encontro foi realizada uma avaliação do trabalho realizado, tendo em vista as mudanças alcançadas. Foi aplicado novamente o questionário de Marcadores de Consumo do SISVAN e realizada a aferição final do peso das participantes.

Resultado e Discussão

Ações de promoção à uma alimentação saudável e de enfrentamento da obesidade são colocadas como fundamentais em nosso sistema de atenção à saúde. O Ministério da Saúde (2006, p. 8) considera que “uma abordagem integral e humanizada do paciente com excesso de peso, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de outras doenças crônicas não transmissíveis” é uma demanda emergente no SUS, sendo necessária a abordagem nutricional como uma prática efetiva e cotidiana nas rotinas dos serviços de saúde.

Na rede de saúde, a atenção primária é o nível de assistência com maior possibilidade de desenvolver ações de promoção de saúde. A atuação do nutricionista na atenção primária em saúde tem entre suas atividades principais a promoção da alimentação adequada e saudável, envolvendo a educação nutricional de indivíduos e coletividades,

sendo as ações preventivas e de tratamento da obesidade uma das prioridades da atenção nutricional^{16, 19}.

O trabalho realizado apresentou algumas limitações, sendo uma das principais o fato do grupo ter sido conduzido apenas por uma nutricionista. A importância do nutricionista em ações de enfrentamento da obesidade reside no fato deste ser o profissional de saúde com maior domínio sobre alimentação e comensalidade, além de ser o único profissional habilitado a prescrever planos alimentares individualizados, que respeitem a cultura, os hábitos alimentares de vida e a realidade dos indivíduos.

Embora este profissional seja fundamental no desenvolvimento de ações como esta, ficou clara durante a realização do grupo a importância de uma equipe multiprofissional envolvida com este trabalho. Cada profissional de saúde tem sua atribuição no papel de enfrentamento da obesidade, com diferentes enfoques e atividades que podem contribuir na adoção de hábitos saudáveis e no emagrecimento^{5, 12, 14}. Entre estes profissionais citam-se o educador físico, o terapeuta ocupacional, o psicólogo, o assistente social, entre outros.

Outro fator foi o horário no qual as reuniões foram realizadas. Como os encontros ocorreram durante o funcionamento da USF, isto é em horário comercial, isto dificultou a participação dos usuários da unidade de saúde que trabalhavam fora.

Nas primeiras reuniões do grupo estiveram presentes 17 mulheres, mas ao longo do tempo algumas pessoas deixaram de comparecer e após o período de férias o grupo passou a contar com 10 participantes. Os motivos citados por algumas das participantes que deixaram o grupo foi ter conseguido um emprego, falta de tempo e mudança de endereço.

O maior interesse observado nos usuários da unidade de saúde do sexo feminino pela redução do peso pode se relacionar com a cobrança vivida por este gênero em se enquadrar no padrão de beleza vigente. Em seu estudo sobre o peso social da obesidade, Gonçalves¹⁰ afirma que, em nossa sociedade, o excesso de gordura “pesa” mais para as mulheres, pois estas sofrem uma pressão maior para que o peso corporal se adeque aos padrões estéticos, assim como tem maior responsabilidade no desempenho das atividades domésticas, que são associadas à agilidade.

A idade das participantes variou de 22 a 66 anos, com média de idade de 43 anos, e o grau de escolaridade entre primeiro e terceiro grau incompleto, sendo que uma das participantes não era alfabetizada. Apenas três das 17 participantes trabalhavam fora; 11 referiram serem donas de casa, uma aposentada e outras duas desempregadas.

A mudança no número de participantes no grupo de reeducação nutricional também foi encontrada em experiências semelhantes em outras unidades de saúde^{5, 12}, e faz parte

das atividades educativas realizadas com coletividades. É importante notar que o grupo de reeducação alimentar não era estático nem constituía participação obrigatória, visto que a cada encontro estimulava-se o auto cuidado e a maior autonomia das mulheres.

Grupo como espaço problematizador

O formato de grupo de educação em saúde foi escolhido por possibilitar um espaço de discussão para as participantes, deixando o lugar comum das orientações alimentares passivas, e buscando criar um espaço aberto e participativo, de forma a contribuir com a desconstrução de conceitos negativos associados ao sobrepeso e obesidade.

Num dos primeiros encontros, foi realizado uma dinâmica em que as participantes deveriam escrever as situações que contribuem para o ganho de peso e/ou que dificultavam o emagrecimento. Após todas refletirem e escreverem, passava-se a discutir as dificuldades elencadas pelas participantes, e para cada problema, tentava-se chegar a uma solução possível de ser realizada. Os problemas citados se dividiram em três categorias principais: 1) dificuldade de acesso aos alimentos saudáveis; 2) falta de tempo para preparar refeições saudáveis dentro da rotina e 3) dificuldade de controlar o apetite/desejo por alimentos considerados não saudáveis, sendo os mais citados doces, salgados e lanches fritos.

A dificuldade de acesso à alimentos saudáveis foi elencada como a mais difícil de ser solucionada, pois envolvia questões financeiras e de produção e distribuição de alimentos. Como o preço de alimentos saudáveis geralmente é maior do que de alimentos não saudáveis, sua compra é dificultada para esta população. Soma-se a isso a falta de locais na comunidade que vendam frutas e verduras de qualidade a preços acessíveis.

Tais dificuldades vivenciadas pelas participantes encontram-se no cotidiano da sociedade moderna, em especial nos ambientes urbanos. Segundo Gonçalves¹⁰, o mundo ocidental vive hoje um paradoxo, pois ao mesmo tempo em que há uma assombrosa oferta de alimentos hipercalóricos associados com um estilo de vida que incentiva o sedentarismo, tem-se a magreza como o padrão estético preferencial. Além disso, o modo de vida urbano interfere diretamente na comensalidade, caracterizando uma escassez de tempo para o preparo e consumo de alimentos, assim como aumento na procura por alimentos de consumo rápido, como congelados e industrializados, e deslocamentos das refeições de casa para estabelecimentos que comercializam alimentos, como restaurantes e lanchonetes²⁰.

Essa constatação fez com que as participantes percebessem que muitas soluções não pertenciam à esfera individual, possibilitando o início da desconstrução do conceito de

individualização da culpa por estar acima do peso. Assim, iniciou-se uma reflexão sobre o papel do Estado, política e economia no crescimento da obesidade. Esta discussão voltou a se fortalecer durante o encontro com o tema da Segurança Alimentar e Nutricional, onde o foco da discussão foi a produção, comercialização e acesso aos alimentos.

Considerações sobre a dificuldade de acesso aos alimentos saudáveis e o incentivo ao consumo de alimentos industrializados e altamente energéticos, comercializados em grande quantidade pelos mercados e bares da região à um preço sedutor e divulgados pelos meios de comunicação, foram se desenvolvendo. As participantes começaram a questionar a importância de estímulos governamentais ao consumo de alimentos saudáveis, aumentando a disponibilidade e o acesso a estes, seja através de armazéns da família, mercados regulares, fomento de um maior número quitandas de frutas e verduras, até uma regulação do consumo de alimentos industrializados, com restrição das propagandas destes alimentos veiculadas à população e disseminação pela mídia dos verdadeiros riscos de seu consumo habitual.

No Brasil, muitos avanços na legislação de promoção da saúde e da segurança alimentar e nutricional (SAN) para a população brasileira foram alcançados nos últimos anos. Entre estes avanços destaca-se o reconhecimento da alimentação com um direito social, a partir de uma Emenda Constitucional aprovada em 2010, e a publicação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional e da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional em 2006 e 2009, respectivamente¹⁹.

Embora o Brasil tenha vivenciado avanços com relação à legislação, é preciso mais esforços na implementação destas leis, a fim de garantir efetivamente o acesso a uma alimentação de qualidade à população brasileira. O conceito de SAN destaca que o alimento deve ter qualidade nutricional, mas também ser produzido de forma sustentável, ambiental e economicamente viável. Nesse sentido, fica claro que nosso país ainda tem um longo caminho a trilhar na busca pela verdadeira segurança alimentar, uma vez que hoje o Brasil é o maior consumidor mundial de agrotóxicos²¹ e o segundo produtor mundial de alimentos geneticamente modificados²², ficando atrás apenas dos Estados Unidos.

As mudanças no hábito alimentar da nossa população também são preocupantes. Embora a dieta habitual do brasileiro seja caracterizada por uma combinação considerada tradicional (baseada no arroz com feijão) com alimentos industrializados (ricos em gordura, sódio e açúcar), as pesquisas de orçamento familiar mostram que há uma tendência decrescente no consumo de alimentos básicos e tradicionais na dieta brasileira,

como cereais e leguminosas; enquanto o consumo de alimentos processados, como doces e refrigerantes, têm o seu consumo aumentado a cada ano^{6, 19}.

As discussões no grupo também avançaram ao se analisar a importância da mobilização da comunidade por melhorias no acesso aos alimentos saudáveis, na importância do controle social das políticas públicas e na apropriação pela comunidade do espaço do Conselho Local e do Conselho Municipal de Saúde, e como as demandas por locais que comercializem alimentos saudáveis a preços acessíveis e locais adequados para prática de exercício físico, deveriam ser discutidas e reivindicadas nessas esferas.

Entender a conjuntura que rege a produção, comercialização, distribuição e acesso aos alimentos é fundamental para se entender o quanto às escolhas alimentares são determinadas por essa macroestrutura. Segundo Garcia²⁰, o comportamento alimentar é complexo, pois inclui tanto determinantes internos quanto determinantes externos ao sujeito. Levando em conta que nossa sociedade moderna é predominantemente urbana, o acesso aos alimentos é determinado pela estrutura socioeconômica, a qual envolve principalmente as políticas econômica, social, agrícola e agrária.

Em seu livro “Em defesa da comida: Um manifesto”, Pollan²³ destaca que muito da nossa alimentação se baseia em produtos processados de acordo com as prioridades da agroindústria e da indústria alimentícia, que também estimulam o consumo desses alimentos através da mídia. Conforme reflete o autor, em relação às verduras e os legumes não existem propagandas de seus benefícios para a saúde, enquanto os alimentos industrializados são expostos impiedosamente pela mídia, alardeando suas alegações para a saúde ou seu sabor espetacular. Dessa forma, é difícil culpar o consumidor pelas suas escolhas alimentares pouco saudáveis, quando na verdade, toda uma conjuntura clama para que justamente estas escolhas sejam feitas.

No encontro onde o tema principal foi os “Aspectos psicossociais da obesidade e os significados do ato de se alimentar” o grupo contou com uma psicóloga para conduzir o encontro. Foi um momento de troca de experiências muito rico, onde discutiu-se o papel do alimento e da comensalidade para além da saúde, fundamental na vida individual e social de cada um, envolvendo tradição, cultura e socialização. Isso permitiu às participantes novamente se afastar da culpa individual por comer “alimentos não saudáveis” e vivenciar a comensalidade de forma positiva.

Outro ponto trazido para discussão nesse encontro foi a problematização do padrão estético vigente. Abordou-se que ser saudável e feliz independe das medidas do corpo, e que a busca por padrões muitas vezes irreais para a maior parte das pessoas causa apenas

frustração e depressão, visto que é possível ter uma alimentação saudável e cuidar da saúde mesmo estando acima do peso. Embora o estereótipo de beleza e saúde seja desfavorável às pessoas com excesso de peso corporal, é realidade que tanto pessoas magras quanto gordas podem ser ativas e interagir normalmente com o mundo. Segundo Carvalho e Martins (2004, p. 1010) “o mito do sucesso profissional e amoroso a partir de um modelo idealizado de beleza é desmistificado na vida real e singular de cada um”, pois as pessoas encontram a realização individual independente da silhueta de seus corpos.

Estar acima do peso não necessariamente significa estar doente. A doença remete a um comprometimento da comunicação do corpo com o ambiente que o cerca, geralmente associado a uma limitação do movimento. Entretanto muitas pessoas com excesso de peso tem uma vida normal, sem limitações de caráter doentio. Antropologicamente, o “estar doente” pode ser caracterizado de várias maneiras; perceber-se doente vai além da imposição numérica do IMC, e se extrapola para as relações humanas e com o mundo^{9, 10}.

A promoção da alimentação e do estilo de vida saudável

As orientações alimentares foram discutidas a partir de um viés crítico, abordando as reais possibilidades de serem incluídas no cotidiano das participantes. Esta aproximação das orientações de saúde com a realidade de vida das participantes é de essencial importância, pois um fator que pode dificultar a relação entre o profissional de saúde e o paciente obeso é a dificuldade deste profissional em compreender a realidade de vida do paciente.

Segundo Martins¹⁵ a falta de empatia do profissional pelo paciente obeso provoca um distanciamento, que pode estar relacionado com a diferença de classe social. Nesse sentido, as recomendações do profissional de saúde com relação à alimentação, por exemplo, podem ser inviáveis para a situação financeira do indivíduo, ou mesmo não respeitar sua cultura alimentar, o que poderia acarretar no não seguimento das orientações e no abandono do tratamento¹⁴.

Uma dificuldade existente no início das atividades foi que muitas mulheres desejavam uma mudança rápida no seu peso e na sua saúde, o que pode ser influenciado pelas promessas milagrosas veiculadas pela mídia. Essa dificuldade foi sendo superada à medida que as participantes iam compreendendo que a reeducação alimentar é um processo, e que as mudanças positivas à saúde acontecem com a mudança gradual e permanente dos hábitos de vida.

A busca pelo corpo ideal causa uma preocupação em consumir o remédio ou o alimento do momento que irá salvar a pessoa do estigma da gordura. Muitas vezes o discurso da mídia apresenta uma distorção da árdua realidade que é emagrecer, apresentando soluções milagrosas que na maioria das vezes se mostram ineficazes. O obeso, que ao contrário do rótulo de preguiçoso, geralmente já tentou e fracassou em diferentes tentativas de emagrecer, vive uma constante urgência e desesperança de perder peso¹¹. Em detrimento da prometida ajuda a essas pessoas, a mídia pode contribuir com o agravamento deste problema, incentivando o obeso a consumir produtos e dietas da moda que irão prejudicar sua saúde e seu metabolismo e dificultar ainda mais uma perda de peso saudável e duradoura³.

Outra dificuldade decorrente desta busca por mudanças rápidas aparecia no desejo em encontrar um alimento ou suplemento que automaticamente provocasse o emagrecimento. Pollan²³ coloca que a crença em nutrientes milagrosos é uma consequência da visão reducionista sobre a Nutrição, que o autor chama de Nutricionismo. Segundo esta ideologia, o alimento como um todo perde a importância, dando foco apenas ao nutriente. Apoiada nessa visão, a indústria, com seus produtos altamente processados, elege o nutriente ideal do momento e espalha-os entre os alimentos industrializados, propagando então uma nova leva de alimentos “saudáveis”.

Conforme se avançava nas discussões sobre alimentação, foi observada uma mudança na visão das participantes, que passaram a ser mais críticas com relação às informações nutricionais veiculadas pelos meios de comunicação. Algumas vezes as mulheres anotavam em casa alguma questão abordada de forma reducionista pela mídia, e traziam a questão para discutir no grupo. Um exemplo foi a ração humana, quando as participantes refletiram que pagar caro por uma mistura de fibras era uma tática de marketing, uma vez que elas mesmas podiam escolher os cereais integrais que preferissem incorporar na alimentação delas e de suas famílias.

Além disso, a promessa do uso de shakes e misturas que provocariam emagrecimento, a partir da substituição de refeições, também passaram a ser vista com desconfiança, pois o conceito de emagrecer com saúde foi sendo consolidado como emagrecer comendo alimentos e refeições saudáveis, e o apelo de dietas restritivas foi perdendo força para a concepção de uma alimentação equilibrada.

Desta forma, a busca por hábitos de vida saudáveis possíveis de serem incorporados na rotina era sempre colocada em pauta. Em cada encontro as mulheres davam dicas sobre o mercado que estava com promoção de frutas ou verduras, o carro de verduras que

começou a comercializar esses alimentos a um custo mais acessível dentro da comunidade, a loja de produtos naturais à granel que vendia mais barato cereais integrais. Ou seja, ocorria uma troca de informações e estratégias para incluir hábitos mais saudáveis no dia a dia.

As dificuldades na busca por um estilo de vida saudável eram sempre trabalhadas, assim como as participantes traziam para os encontros soluções e táticas que elas tinham adotado na sua rotina, dividindo com as demais e incentivando a adoção das mesmas quando possíveis, consolidando o grupo como espaço de apoio mútuo.

Outro exemplo foi a prática de atividade física. No início do grupo, apenas uma participante praticava exercícios (academia), e a partir das discussões outras participantes se motivaram a sair do sedentarismo. No dia em que se discutiu sobre exercício físico e as possibilidades de se praticar atividade física dentro da comunidade, três mulheres já estavam praticando caminhada numa praça pública localizada na área de abrangência da unidade de saúde. A maior parte das participantes não tinha condições financeiras de fazer academia, ginástica ou hidroginástica, por exemplo. A partir do relato das mulheres que estavam caminhando ao ar livre, outras se motivaram a fazer o mesmo, por ser uma atividade física leve, sem custo financeiro e pela oportunidade da experiência compartilhada do exercício. Na mesma semana o grupo começou a fazer a caminhada em conjunto, totalizando cerca de oito participantes que passaram a praticar caminhadas regularmente.

O relato das participantes também mostrou que a adoção de hábitos de vida mais saudáveis por parte delas, influenciou de forma positiva a alimentação de toda a família. Uma vez que grande parte das participantes era responsável pelo preparo das refeições e compra dos gêneros alimentícios para o lar, a escolha de alimentos saudáveis e a preparação de refeições mais equilibradas contribuíram para que os familiares também tivessem acesso a uma alimentação mais saudável.

Mudanças de peso corporal, hábito alimentar e avaliação do trabalho

A avaliação da perda de peso, das mudanças no hábito alimentar e das percepções das participantes sobre o grupo referem-se às 10 mulheres que permaneceram no grupo até o final das atividades. Destas, 9 responderam os questionários de avaliação das atividades e de consumo alimentar.

A avaliação do peso das participantes demonstrou que 7 mulheres apresentaram redução do peso corporal e três mantiveram o peso. A perda de peso variou entre 1,2 kg e 20,5 kg, com uma média de 4,3 kg de perda de peso entre as participantes.

Com relação ao estado nutricional, no início do grupo 8 mulheres estavam classificadas com obesidade grau I e duas mulheres com sobrepeso. Ao final do encontro, 5 mulheres apresentavam obesidade grau I, 3 apresentavam sobrepeso e duas participantes estavam eutróficas. A variação peso e estado nutricional das participantes está na tabela 1.

TABELA 1 –VALORES DE IMC INICIAL E FINAL E MÉDIA DE IMC INICIAL E FINAL

INDIVÍDUO	IMC INICIAL	IMC FINAL
1	31,2	29,2
2	30,1	26,8
3	27,5	25,8
4	33,2	32,7
5	32,5	31,6
6	34,3	34,4
7	34,3	34,1
8	25,1	24,4
9	32,5	24,9
10	30,8	31,1
Média	31,15	29,49

FONTE: O autor (2013).

Para avaliar se o IMC das participantes no início do estudo se difere estatisticamente do IMC medido nove meses depois, foi realizado análise estatística utilizando o Teste T-Student pareado. O teste apontou diferença significativa ($T = 2,23$ e valor $-p=0,026$) entre a média do IMC inicial (31,15) e a média de IMC final (29,49) das participantes, demonstrando com 95% de confiança que as participantes apresentaram IMC menor ao final do estudo.

Para avaliar se houve mudança estatisticamente significativa no consumo alimentar das participantes, foi comparado o QFA do SISVAN preenchido no primeiro dia com o preenchido no último dia da atividade. Aplicou-se o teste binomial de McNemar para comparar o consumo dos grupos alimentares antes e depois da reeducação alimentar, porém não houve mudança significativa no consumo alimentar dos indivíduos após nove meses de acompanhamento. Entretanto, todas as participantes avaliaram como positiva a participação no grupo de reeducação alimentar, e 90% consideraram que houve mudanças importantes na sua alimentação, sendo as mais citadas o aumento no consumo de frutas e verduras, a diminuição no consumo de alimentos industrializados, a inclusão de lanches entre as refeições principais e o controle das porções consumidas.

A avaliação do consumo alimentar pode sofrer influência de algumas limitações, comuns na aplicação de inquéritos alimentares^{24, 25}. Entre as limitações relacionadas com o questionário de frequência de consumo estão o agrupamento dos alimentos de forma inadequada, erros do entrevistado em estimar a frequência de seu consumo alimentar e lista incompleta de alimentos avaliados²⁶.

As respostas das participantes no questionário aplicado no primeiro dia de atividade representavam um consumo alimentar bastante saudável, com consumo regular de leguminosas, laticínios e vegetais, e baixo consumo de alimentos industrializados, especialmente de embutidos e doces. Embora neste momento do grupo, ainda não estivessem sendo feitas discussões sobre alimentação saudável, é possível que as respostas tenham sido influenciadas pelo desejo de aparentar um consumo alimentar mais saudável do que o vivenciado realmente. Assim, ao se comparar o consumo alimentar inicial com o final, não se observou diferenças estatisticamente significativas, pois as participantes relataram uma alimentação saudável no início do estudo assim como relataram um padrão alimentar saudável ao final do mesmo.

O consumo alimentar relatado em inquéritos alimentares pode ser influenciado pelo desejo do entrevistado de atender as expectativas do entrevistador com relação ao seu hábito alimentar, conduzindo a uma idealização da alimentação^{25, 27}. Para tanto, é comum os indivíduos subestimarem o consumo de alimentos considerado pouco saudáveis, e superestimarem o consumo de alimentos considerado saudáveis. Alguns estudos demonstram que pessoas obesas, em especial, tendem a subestimar o consumo energético diário, o que caracteriza uma limitação ao se avaliar o consumo alimentar destes indivíduos^{24, 28}.

Embora nem todas tenham atingido a meta de emagrecimento que desejavam, as mulheres consideraram a experiência positiva, pois possibilitou um aprendizado e reflexão sobre alimentação saudável para além dos mitos e tabus sobre emagrecimento, permitindo mudanças reais nos hábitos de vida das participantes e até mesmo de suas famílias. Outro principal ponto citado foi a convivência no grupo, por este se tornar um espaço de diálogo e compartilhamento de experiências, de forma dinâmica e participativa, permitindo apoio mútuo entre as mulheres, e contribuindo inclusive, segundo as participantes, para a melhora de sua autoestima.

Criar espaços de discussão como este dentro de unidades de saúde é importante, pois segundo Felipe¹¹, ouvir o que está sendo dito e sentido pelas pessoas que vivenciam a obesidade possibilita a ruptura com a situação de estigmatização do obeso e com a visão

limitada da individualização da culpa, a partir da problematização dessa realidade. Por isso não é surpresa que a principal sugestão das mulheres foi que o grupo tivesse continuidade, se tornando um espaço de discussão permanente dentro da Unidade de Saúde.

Conclusões

A partir do relato dessa experiência, considerou-se que o grupo de reeducação alimentar teve resultados positivos, com alterações positivas nos hábitos alimentares das participantes, redução de peso corporal em 70% delas e diminuição estatisticamente significativa do IMC. O grupo se mostrou um espaço possível de discutir a complexa realidade social da obesidade, abordando as situações e pressões às quais pessoas com excesso de peso são expostas no dia a dia, assim como estimulou a adoção de hábitos saudáveis de acordo com a realidade de vida de cada participante.

Trabalhar a questão do excesso de peso em grupo permitiu que as participantes trocassem experiências sobre alimentação, saúde e mudanças no estilo de vida, o que contribuiu para uma maior tranquilidade e aceitação das dificuldades inerentes ao processo de reeducação alimentar e também funcionou como um incentivo para continuar participando das reuniões. A partir da avaliação das participantes, observou-se que o espaço de discussão que o grupo possibilitou foi tão importante quanto o aprendizado e discussão sobre alimentação e estilo de vida. Isso porque para muitas mulheres foi o momento de partilhar problemas e anseios que elas não tinham em outro espaço, de conhecer pessoas com as mesmas dificuldades e de refletir sobre saúde e peso corporal sob outro panorama.

Talvez por isso a principal sugestão das participantes sobre o trabalho desenvolvido foi que o grupo deveria ter continuidade e ser de caráter permanente dentro da Unidade de Saúde, se tornando um espaço de discussão sobre o excesso de peso e a obesidade que ajudasse a acabar com o estigma que recai sobre essas pessoas, possibilitando a construção coletiva de respostas a esta situação.

Tendo em vista, a prevalência da obesidade como um problema de saúde pública e a necessidade urgente de incluir nas rotinas dos serviços de atenção primária à saúde a abordagem nutricional como uma prática efetiva e cotidiana, é preciso reverter a escassez do nutricionista na atenção primária. A inserção deste profissional se dá principalmente nos núcleos de apoio à saúde da família, como matriciamento das unidades de saúde. Porém investir numa realidade com a presença de um nutricionista em cada unidade de

saúde da família poderia permitir a promoção da alimentação saudável e adequada de uma forma mais efetiva.

A inserção deste profissional na atenção primária é fundamental e urgente, pois observa-se os benefícios que a existência de espaços como o descrito no trabalho trará à população, além de muitos outros que podem ser desenvolvidos. Soma-se a estes a necessidade de ampliar a inserção de outros profissionais de saúde na atenção primária, como educadores físicos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais. Superar o modelo médico centrado para combater o avanço das DCNT e fortalecer as equipes multiprofissionais na atenção primária em saúde é essencial para garantir respostas eficazes aos problemas de saúde da população.

Da mesma forma, faz-se necessários maiores investimentos em políticas públicas e estratégias que ampliem e favoreçam a produção e o acesso a alimentos saudáveis, assim como estimulem a prática de atividade física, buscando romper com a estrutura propulsora da obesidade no mundo moderno, pautada no estímulo do consumo de alimentos industrializados e no incentivo à hábitos de vida sedentários.

Considera-se que o caráter problematizador do grupo permitiu que este fosse utilizado como uma estratégia de enfrentamento da obesidade, pois tornou-se um espaço de escuta às necessidades desses indivíduos, contribuindo para romper com a individualização da culpa a partir da reflexão coletiva sobre as causas estruturais da obesidade, estimulando a autonomia destes indivíduos e a maior compreensão da realidade social da obesidade tanto das participantes do grupo quanto da profissional de saúde que o conduziu.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para outras ações de educação em saúde, em especial as realizadas na Estratégia de Saúde da Família, que visem à desconstrução do estigma vivido pelas pessoas com obesidade, criando espaços de escuta ativa que estimulem a autonomia dos indivíduos, assim como para o tratamento do excesso de peso a partir de uma visão crítica e integral da obesidade, pautado em práticas humanizadas de saúde e no respeito ao paciente obeso.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. WHO technical report series n° 894. Geneva, 1998.

- 2 TADDEI, J. A. et al. **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011.
- 3 ADES, L.; KERBAUY, R. R. **Obesidade**: realidade e indignações. Psicologia USP, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 197-216, 2002.
- 4 VOLP, A. C. P., BRESSAN, J. R. M. **Terapêutica nutricional na obesidade**. Revista Nutrição Brasil, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1. P. 45-51, 2005.
- 5 DIAS, L. C. G. D. et al. **Reeducação Alimentar no Programa de Saúde da Família**: Relato de Experiência. Revista Ciência em Extensão, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 122-130, 2008.
- 6 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil**: pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009. Rio de Janeiro: 2010.
- 7 COORDENADORIA GERAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (CGAN). **Estratégia global para promoção da alimentação saudável, atividade física e saúde**. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/pas.php?conteudo=estrategia_global>. Acesso em: 28 novembro 2012.
- 8 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde**. Genevra: 2004. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/Estrategia_Global_portugues.pdf>. Acesso em: 28 novembro 2012.
- 9 CARVALHO, M. C., MARTINS, A. **A obesidade como objeto complexo**: uma abordagem filosófico-conceitual. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1003-1012, 2004.
- 10 GONÇALVES, C. A. **O “peso” de ser muito gordo**: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero. Mneme – Revista de humanidades, Seridó, v. 5, n. 11, p. 599-642, 2004.
- 11 FELIPPE, F. **O peso Social da Obesidade**. Dissertação (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001.
- 12 AQUINO, W. F. S., PEREIRA, A., FRIEDRICH, D. B. C. **A relação do processo de trabalho das equipes de saúde com os usuários**: orientações básicas sobre alimentação. Revista Saúde e Pesquisa, Maringá, v. 1, n. 3, p. 299-307, 2008.
- 13 FRANCISCHI, R. P. P. et al. **Obesidade**: atualizações sobre sua etiologia, morbidade e tratamento; Revista de Nutrição, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-28, 2000.
- 14 GREJANIN, D. K. M. et al. **As percepções sobre o “ser obeso” sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 37-47, 2007.

- 15 MARTINS, D. G. **Relação médico - paciente em hospital público:** Implicações psicológicas quanto a variável obesidade. *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 80-89, 1999.
- 16 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica:** Obesidade. Brasília: 2006.
- 17 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia alimentar para a população brasileira:** promovendo a alimentação saudável. Brasília: 2008.
- 18 COORDENADORIA GERAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (CGAN). **Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar para indivíduos a partir de 5 anos..** Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=sistemas_informatizados>. Acesso em: 24 abril 2012.
- 19 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília: 2012.
- 20 GARCIA, R. W. D. **Reflexos da globalização na cultura alimentar:** considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 16, n. 4, p. 483-492, 2003.
- 21 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde:** Parte 1 - Agrotóxicos, Segurança Alimentar e Saúde. Dossiê ABRASCO, Rio de Janeiro: 2012.
- 22 GLOBO RURAL. Lavouras de milho e soja transgênicos crescem em todo país. G1, Rio de Janeiro, 13 nov. 2011. Disponível em <<http://g1.globo.com/economia/agronegocios/noticia/2011/11/lavouras-de-milho-e-soja-transgenicos-crescem-em-todo-pais.html>>. Acesso em: 01 dezembro 2012.
- 23 POLLAN, M. **Em defesa da comida:** Um manifesto. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2008.
- 24 FISBERG, R. M., MARCHIONI, D. M. L., COLUCCI, A. C. A. **Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica.** *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 617-624, 2009.
- 25 GARCIA, RWD. **Representações sobre consumo alimentar e suas implicações em inquéritos alimentares:** estudo qualitativo em sujeitos submetidos à prescrição dietética. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 17, n. 1, p. 15-28, 2004.
- 26 HOLANDA, LB, FILHO, AAB. **Métodos aplicados em inquéritos alimentares.** *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 62-70, 2006.
- 27 ROCHA, C. A. C. **Avaliação da ingestão alimentar de uma população e comparação com as recomendações da Roda dos Alimentos Portuguesa.** 97f. Trabalho de Investigação - Faculdades de ciência da alimentação e Nutrição, Universidade do Porto. Porto, 2004.

28 SLATTERY, M. L., EDWARDS, S. L., CAAN, B. **Low-energy reporters**: evaluation of potential differential reporting in case-control studies. *Nutrition and Cancer*, Salt Lake City, v. 42, n. 2, p. 173-179, 2002.

ABSTRACT - Obesity is considered a public health problem, affecting people of all ages, ethnicities and social classes. Nowadays, being overweight is found in about half of all Brazilians, increasing every year. Faced with this demand, a nutritional work of re-education was made during seven months with a group of 17 overweight and obese women, users of a Family Health Unit of Colombo/PR, in order to discuss about eating habits and healthy life, aiming the slimming, and evaluate the effectiveness of nutritional guiding group. To assist in the modification of eating habits worked on two fronts: a discussion of issues related to food, lifestyle and psychosocial aspects of being overweight, and individualized food plans according to the needs and habits of the person. Gradually the group was consolidated as a space of mutual support, where participants overcame the difficulties in adopting healthier eating habits and encouraging sharing solutions too. There was a reduction in body weight by 70% of participants with statistically significant change in BMI average before and after the study. All participants assessed as positive the results of the nutritional re-education group, and 90% felt that there were major changes in their diet. It is considered that the critical character of the group allowed it to be used as a facing strategy of obesity, as contributing to an improved quality of life for the participants.

Key-words: Family health. Nutrition education. Obesity. Primary health care. Health education.